

SAMOSTOJNI POKLICI V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Vera Grbec

Učinkovito zagotavljanje zdravstvenega varstva je v današnjem času vse večji problem. Razvoj medicinskih in drugih znanosti, splošni tehnični, družbeni in znanstveni napredek, kakor tudi spreminjajoče se potrebe prebivalstva po zdravstvenem varstvu so privedle do izrazitih sprememb. Sodobno zdravstvo zahteva integrirano delo vrste strokovnjakov različnih strokovnih profilov in ravni. Potrebno je vse več vrhunske opreme in **tim** specializiranih delavcev, katerih skupno delo da določen zdravstveni učinek. Ne moremo več govoriti o posameznih ločenih oblikah zdravstvenega varstva, kot so osnovno, ambulantno specialistično, bolnišnično zdravstveno varstvo, temveč govorimo kompleksnem zdravstvenem varstvu, o **sistemu** zdravstvenega varstva.

Sistem je celota, ki funkcionira kot celota na temelju medsebojne odvisnosti svojih delov. Zdravstveno varstvo je odprt, dinamičen sistem, v katerem so posamezne dejavnosti v tesni medsebojni povezanosti. Ta povezanost ni statična, temveč se mora neprestano spreminjati in je občutljiva na vplive okolja. Sistem zdravstvenega varstva je namenjen ljudem, zato se odziva na spremenjene potrebe prebivalstva in družbene okoliščine.

Kakšna sta mesto in vloga posameznih poklicnih skupin v zdravstvenem sistemu pri nas?

Zakon o zdravstveni dejavnosti v svojem 55. členu pravi: »Zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost«. Zakon tu priznava vsem zdravstvenim delavcem, da v okviru svoje pristojnosti opravljajo svoje delo avtonomno.

Na drugem mestu pa Zakon o zdravniški službi opredeljuje, da je zdravnik glavni in odgovorni nosilec izvajanja zdravstvene dejavnosti. Obe zakonski določbi sta v koliziji, še posebej, ker slednja odvzema drugim, tudi samostojnim poklicem v zdravstvu vso avtonomnost in odgo-

vornost. Ta v praksi velja predvsem takrat, ko gre za položaj in vrednotenje poklica, v situacijah, ko pa se dejansko presojujejo negativni pojavi, pa medicinska sestra odgovarja v polni meri po 55. členu zakona.

Ker drugih zakonskih določb o samostojnem poklicu medicinske sestre pri nas ni, zato ni transparentno določenih razmejitev področij dela med samostojnimi zdravstvenimi poklici, posebej med medicinsko sestro in zdravnikom.

Med samostojne poklice v zdravstvu po evropskih direktivah o reguliranih poklicih v zdravstvu štejejo: zdravnik, zobozdravnik, farmacevt oziroma lekarnar, medicinska sestra, inženir radiologije in fizioterapevt. Bistveni pogoj za samostojni poklic, ki velja tudi v državah Evropske unije, je regulacija oziroma registracija poklica (Bitenc, 2002).

Ni dvoma, da je zdravnik tisti, ki postavlja diagnozo bolezni, predpiše zdravljenje in rehabilitacijo. Vendar to še ni vsa dejavnost v zdravstvenem varstvu! Če se omejim samo na zdravstveno nego in njene izvajalce (v nadaljevanju MS), opravi ta dejavnost največ zdravstvenih storitev. V diagnostično terapevtskem programu, ki ga vodi zdravnik ima sodelujočo vlogo, kot temeljna dejavnost pa je samostojna. Po Virginii Henderson »je utemeljena v analizi človekovih osnovnih potreb, opredeljenih v štirinajstih sklopih. To so potrebe, ki jih imamo vsi ljudje, ne glede na morebitno diagnozo. Pri vsakem posamezniku pa je treba opredeliti in vključiti modifikacije, ki jih zahtevajo njegova starost, čustveno stanje, duševne in telesne sposobnosti, socialni, kulturni in ekonomski položaj in okoliščine, v katerih izvajamo zdravstveno nego. In prav kombinacija osnovnih potreb in potrebnih modifikacij je tisti ključni element, zaradi katerega je zdravstvena nega »ustvarjalna dejavnost« (Henderson, 1998).

V sodobnem času zdravstvena nega vse bolj vključuje koncept »etike skrbi«.

»Znanje zdravstvene nege se mora opirati tako na sociološko in psihološko znanje, kakor na znanje naravoslovja, da bo bolnik lahko deležen zdravstvene nege kot celovit človek, ne pa le kot predmet medicinske diagnoze« (Clift, 1996).

Med številnimi dejavnostmi ima komunikacija v zdravstvu pomembno mesto. MS ima v komunikaciji, v primerjavi z drugimi zdravstvenimi poklici, edinstven položaj. Ker je ves čas prisotna ob pacientu, vzpostavi z njim specifičen odnos, ki temelji na zaupanju in mu daje občutek varnosti. MS skoraj ves čas v odnosu do pacienta uporablja terapevtsko in informativno komunikacijo. Bolj ko se stopnjuje zahtevnost pacientovega stanja, tem zahtevnejša postaja komunikacija.

Kakšna naj bo komunikacija s pacientom potem, ko mu je zdravnik sporočil slabo prognozo? Kakšna naj bo pred zahtevnim operativnim posegom in kakšna v intenzivni negi in terapiji, ko je pacient življenjsko ogrožen in odvisen od aparatur, ki mu pomagajo preživeti? Kakšna naj bo komunikacija s pacientom, ki je priključen na respirator in ne more besedno komunicirati?

Komunikacija mora obstajati, ker, če umre komunikacija, umre humanost. Človeške bližine se ne da nadomestiti s tehnično bližino. Na tem področju že dolgo občutimo pomanjkljivost človeških virov, prehitela nas je tehnika in želja, čimprej pomagati hudo bolnim z novimi dosežki, ki jih omogoča znanost. Ostalo pa je vprašanje, kako zagotoviti večjo humanost.

Najzahtevnejša je komunikacija s pacientom, ki je v terminalnem stanju bolezni. V tem primeru pa komunikacija prehaja v etiko odnosa. Bolnik, ki se mu približuje smrt, ima pogosto probleme, ki se nanašajo na telesne težave, v ospredju je bolečina, poleg tega pa ima čustvene, psihične in predvsem duhovne stiske in potrebe. Tu je komunikacija specifična in pogosto obstaja predvsem nebesedna komunikacija z osebo, ki je sposobna empatije.

Kaj naj stori medicinska sestra ponoči ob bolniku, ko ima le-ta bolečine in ko »postajajo sence vse daljše«? Kaj naj odgovori na vprašanje »Ali bom umrl«? »Ali bo hudo«? »Ali boste ob meni«? ob tem pa ima na oddelku še 15 ali več drugih bolnikov. O umiranju in smrti se celo v zdravstvu malo govori.

Komunikacija je tudi temelj zdravstvenovzgojne dejavnosti. Zdravje postaja vse večja vrednota, ob tem ima pomembno vlogo zdravstvenovzgojna dejavnost na vseh treh ravneh. Največji delež zdravstvene vzgoje opravijo MS. V letih 1997, 1998 in 1999, so bile MS izvajalke zdravstvene vzgoje kar v 88,7 % do 78,4 % (Žalar, Pucelj, Stergar, 2000).

Vendar kljub vsemu ostaja delež, ki ga opravijo MS, bolj ali manj neviden in neovrednoten. Namesto timskega dela, ki je pogoj za obvlado-

vanje vse zahtevnejših problemov sodobnega zdravstva, je pri nas v večini primerov še vedno uveljavljeno delo skupine z močno hierarhično poudarjenim vodjem – zdravnikom. Ker se ostale stroke v takem okolju »dušijo«, to slabo vpliva na odnose med poklicnimi skupinami v zdravstvu in vpliva tudi na kakovost celotnega zdravstvenega izida.

Zdravstvena nega ima enakopravnejšo vlogo med zdravstvenimi disciplinami v tistih okoljih, kjer pacient dejansko zaseda osrednje mesto.

Da na področju organizacije in menedžmenta v zdravstvenem sistemu že desetletja ni bilo kakovostnih sprememb in razvoja, je postalo jasno že vsem. Organizacija ni naravna tvorba, zato nenehno teži k razpadu. Že samo za vzdrževanje obstoječega je potrebno veliko naporov, razvoj pa terja sistematično dolgoletno vlaganje in kadre, ki imajo sposobnosti, znanje in čas, da se z njo ukvarjajo. Zdravstvene organizacije so zelo zahtevne tvorbe, ker so visoko notranje diferencirane in imajo visoko specializirane kadre. Njihov »predmet« dela pa ni predmet, temveč človek – so-subjekt.

Tako kot se nakazujejo simptomi za določeno bolezen, se tudi »bolezniki« v organizaciji kažejo z določenimi simptomi. Neurejena zakonodaja in predpisi, nejasne kompetence med posameznimi profesionalnimi skupinami, neizpeljana odgovornost, neupoštevanje timskega dela, medicinska nadvlada in še številni drugi dejavniki sprožajo neurejene odnose med poklicnimi skupinami in vplivajo na kakovost dela v zdravstvu.

Posebej v zadnjih letih se simptomi »bolezniki« v organizaciji kažejo tudi s tako imenovanim »bolnišničnimi aferami«. Tem se je v zadnjem času pridružila še afera Črni les. Ne glede na dejansko stanje v tej ustanovi, ki niti še ni dokončno pojasnjeno, nas preseneča pomanjkljiva skrb zdravstveno socialne sfere za obolele in onemogle starostnike. Problem staranja prebivalstva ni prišel čez noč, o tem se je govorilo in pisalo že desetletja!

Dejstvo je, da prostora za starostnike v za to usposobljenih ustanovah ni dovolj, zato jih prelagajo iz bolnišnice pač kamorkoli. O negovalnih bolnišnicah se že leta samo govori, domov za kakovostno bivanje starostnikov, v okolju, ki si ga želijo, je premalo. Ob tem skušajo nekateri prevaliti krivdo kar na socialne delavce, ki se trudijo vsaj nekako rešiti ta problem v labirintu brezbrizne birokracije državnega aparata, ki je za to zadolžen.

Ali se zavedamo, da je v vsaki družbi prav skrb za starejše najboljčutljivejši indikator humanosti družbe?

Mislim, da prav vsak povprečno občutljiv človek ve, da se na tem področju godi nekaj, kar je hudo narobe tudi v moralnem smislu. Gre za vprašanje spoštovanja človekove osebnosti in dostojanstva, ki spada med temeljne, naravne človekove pravice. S takim odnosom in ne-skrbjo v situaciji, ko sami ne morejo več delovati, se starostnike postavlja v vlogo objekta in skuša odvzeti njihovo osebno integriteto in dostojanstvo.

Res je, da se vseh problemov ne da razrešiti naenkrat, pa vendar tudi pri problemih obstaja prioriteta.

V zdravstvenem sistemu je zelo pomembno, da organizacije ne gradimo samo s položaja od

zgoraj navzdol, temveč tudi s položaja od spodaj navzgor. Tam se namreč nahajajo tisti, katerim je zdravstvena dejavnost namenjena, in tisti zaposleni, katerih dejavnost jim je najbližja.

Literatura

1. Bitenc M. Odnos med samostojnimi poklici v zdravstvu. In: *Etika v belem*, Portorož, 28.–29. November 2002. Ljubljana: Agencija za management z Združenjem seniorjev Slovenije, 2002: 101.
2. Clift J. Kaj je zdravstvena nega. *Obzor Zdr N* 1996; 30: 1–2.
3. Grbec V. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. In: *Etika v belem*, Portorož, 28.–29. November 2002. Agencija za management z Združenjem seniorjev Slovenije, 2002: 40–2.
4. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege; (prevod Dunja Kalčič). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998.
5. Žalar A, Pucelj, Stergar E. Zdravstvenovzgojna dejavnost zdravstvenih organizacij v Sloveniji v letih 1997, 1998, 1999. *Zdrav Var* 2000; 253–7.